

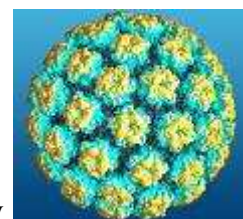


PAPILOMAVIRUS HUMANO

INTRODUCCIÓN:

Se acepta que la infección con algunos de los tipos de virus del Papilomavirus (HPV) asociada a otros cofactores, es el responsable de más del 99% de los casos de cáncer cervical, que es el segundo cáncer más común en la mujer después del cáncer de mama. Existe además un aumento muy importante de incidencia de cáncer cervical en mujeres jóvenes.

En el año 2002 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Sociedad Española de Citología (SEC) y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) elaboraron un documento de consenso sobre la infección por HPV. En el volumen 49 de Noviembre de 2006 de la revista Progresos en Obstetricia y Ginecología, revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se recomendaba que para prevenir con eficacia el cáncer cervical invasivo, se requiere el cumplimiento estricto del protocolo de prevención secundaria, que incluye: a) cribado; b) diagnóstico; c) tratamiento, y d) control de curación.



Virus HPV

EPIDEMIOLOGÍA:

- Transmisión de la infección

El cuello del útero es especialmente vulnerable al contagio. El virus se transmite con facilidad por contacto sexual, probablemente a través de erosiones mínimas o imperceptibles de la piel o mucosas. Aunque la transmisión coital parece ser la más frecuente, en mujeres con relaciones homosexuales se han presentado infecciones del área ano genital y una extensión a partir de ésta por auto inoculación a otra localización del tracto genital, como el cuello uterino.

El VPH al igual que otros virus, aprovechan la dinámica de las células para replicarse y en éste sentido el mayor riesgo de infección en mujeres jóvenes que han iniciado tempranamente sus relaciones sexuales viene dado por las características histológicas de su exocérnix.

Existe un elemento protector, en la mujer, que es la circuncisión masculina. Mujeres monógamas con varones circuncidados tienen un riesgo significativamente menor de presentar un cáncer cervical.

La duración media de la infección varía según diferentes autores entre 6-12 meses y 2 años. La persistencia de la infección (se define en la práctica como la detección del mismo tipo viral en dos o más ocasiones durante un período de uno a dos años) es imprescindible para el desarrollo de lesiones intraepiteliales de alto grado neoplásico.



- Cofactores.

La infección por HPV se considera una causa necesaria, pero no suficiente, de cáncer cervical, los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que sólo una parte de las mujeres infectadas, evolucionarán a neoplasias y eventualmente a cáncer. Las características de la actividad sexual se vinculan con la probabilidad de contraer la infección pero no explican la probable progresión a un cáncer; los cofactores de progresión se clasifican en: virales, genéticos y ambientales.

1. Virales: Se refieren al genotipo del virus HPV, a sus variantes y a la carga viral como marcador de infección persistente.
2. Genéticos: La respuesta de los genes relacionados con la respuesta inmunitaria (tanto celular como humoral) de la paciente influyen en la persistencia de la infección y en su evolución.
3. Ambientales: Influyen, la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaco, las infecciones asociadas (tales como el Herpes virus tipo 2 o la Chlamydia trachomatis), la inmunodepresión, tanto iatrogénica (terapias inmunodepresoras) como vírica (VIH) y la nutrición y dieta.

CRIBADO:

La Comisión Europea sólo acepta el cribado del cáncer para tres localizaciones: cuello uterino, mama y recto-colon. La prevención del cáncer cervical es uno de los aspectos más importantes de la ginecología preventiva.

La técnica de cribado son la citología (Papanicolaou o Pap) y la detección del HPV. La colposcopia se reserva para los casos de citología positiva (estadio ASC-US) y HPV positivo o bien estadio celular superior a ASC-US, sea positivo o no el HPV.



- Detección de HPV:

El virus del HPV no es cultivable “in Vitro”, por lo que sólo puede ser investigado por biología molecular. El estándar de oro de la biología molecular para la detección del HPV es el Southern Blot (SBH) pero no es aplicable en la rutina diaria.

El único método de hibridación del DNA del HPV aprobado por la FDA (Food and Drug Administration de los EEUU) es el Sistema de Captura Híbrida (Hybrid Capture 2).

En la captura híbrida la muestra del paciente que potencialmente puede contener el DNA viral es desnaturalizada y la cadena de DNA liberada es hibridizada con RNA que contiene 9 tipos virales de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52 y 56. Los híbridos DNA-RNA son capturados en la superficie de un tubo que contiene anticuerpos que los reconocen específicamente. Un segundo anticuerpo ligado a un substrato quimioluminiscente permite revelar la reacción con la luz emitida, que es leída con un luminómetro.



- Eficacia del ensayo:

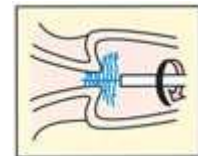
El test tiene una sensibilidad del 93%, y una especificidad del 61%. El valor pronóstico positivo es del 17% y el Valor pronóstico femenino es del 99%.

Cuando la captura se utiliza en conjunto con el Pap, la detección de lesiones de alto grado se eleva a niveles de entre el 93 y el 100%.

-Toma de muestra:

El material se obtiene por cepillado del área cervical y se coloca en un tubo con medio de conservación y transporte especial que retarda el crecimiento bacteriano y preserva la integridad del DNA a temperatura ambiente hasta un máximo de 15 días, o 3 semanas a -4°C o por meses a -20°C.

El Kit colector especial suministrado por el laboratorio contiene el cepillo y el tubo.



- Condiciones de la toma de muestra:

Para que sea de la máxima utilidad nos permitimos algunas recomendaciones sobre dicha toma de muestra con el fin de minimizar la posibilidad de falsos negativos o interferencias.

- ✗ Abstinencia sexual previa de 72 horas
- ✗ Que no existan exámenes digitales, medicación local u otras técnicas invasivas.
- ✗ Luego de tratamientos, se recomienda esperar 60 días.
- ✗ Que la toma se realice fuera de períodos previos o posteriores en 6 días a la menstruación.
- ✗ Es indispensable eliminar el exceso de moco en el exocervix, con un hisopo distinto, una gasa o una torunda de algodón.
- ✗ Se debe introducir el escobillón en el endocervix y rotarlo contra la superficie del canal cervical durante 10-30 segundos.
- ✗ Evitar tocar la superficie vaginal al retirar el escobillón.